

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ І МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ І
ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ**

“Узгоджено”

**Начальник управління організації
медичної допомоги дітям і
матерям МОЗ України**



Р.О.Моїсєєнко **Р.О.Моїсєєнко**
23 *06* **2005**

**ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ
НЕВИНОШУВАННЯ ВАГІТНОСТІ ТА АНТЕНАТАЛЬНА
ПРОФІЛАКТИКА РЕСПІРАТОРНОГО ДИСТРЕС-
СИНДРОМУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ
(методичні рекомендації)**

Київ - 2005

Установа-розробник: Запорізька медична академія післядипломної освіти

Установа-співрозробник: Запорізький державний медичний університет

Укладачі:	д.мед.н., проф.	Резніченко Г.І. (0612) 670578
	д.мед.н., проф	Луценко Н.С. (0612) 670578
	д.мед.н., доц.	Резніченко Ю.Г. (0612) 646637
	к.мед.н, доц	Потебня В.Ю. (0612) 670578
	к.мед.н	Павлюченко Н.П. (0612) 670578
	к.мед.н.	Островський К.В. (0612) 670578
		Головко Г.В. (0612) 670578

Рецензенти: головний акушер-гінеколог МОЗ України член кор. АМН України

д.мед.н., проф. Б.М.Венцківський;

головний неонатолог МОЗ України д.мед.н., проф. Є.Є.Шулько

Перелік умовних скорочень:

АФС	-	антифосфоліпідний синдром
БТ	-	базальна температура
ГПрЛ	-	гіперпролактинемія
ДВЗ	-	дисеміноване внутрішньосудинне згортання
ДГЕА	-	дегідроепіандростерон
ІФА	-	імуноферментний аналіз
ЩН	-	істміко-цервікальна недостатність
МЦ	-	менструальний цикл
НВ	-	невиношування вагітності
ПЛР	-	полімеразна ланцюгова реакція
СДР	-	синдром дихальних розладів
УЗД	-	ультразвукове дослідження
ХГ	-	хоріонічний гонадотропін
ХПН	-	хронічна плацентарна недостатність

Зміст

Перелік умовних скорочень	1
Вступ	3
Основна частина	
Класифікація НВ	4
Етіологія та патогенез невиношування вагітності	4
Обстеження і лікування жінок з НВ в анамнезі до настання вагітності	5
Обстеження і лікування вагітних жінок з НВ	13
Клініка і діагностика передчасних пологів	18
Лікування загрожуючих передчасних пологів	19
Профілактика синдрому дихальних розладів у новонародженого	19
Принципи ведення передчасних пологів	21
Висновок	23
Перелік рекомендованої літератури	24

Вступ

Невиношування вагітності до цього часу заслуговує великої уваги в сучасному акушерстві та педіатрії, так як частота невиношування вагітності складає 10-25% всіх вагітностей. В I триместрі вона може сягати 50%, в II-му – 20%, в III-му – 30%. Питома вага недоношених дітей у структурі мертвонародження складає понад 50%, до 80% - ранньої неонатальної смертності, до 70% - малюкової смертності. Найбільш частим ускладненням при передчасних пологах, яке призводить до смерті новонародженого, є синдром дихальних розладів. Його частота напряму пов'язана з терміном гестації: чим менше гестаційний вік, тим частіше відмічається синдром дихальних розладів, в розвитку якого провідне значення має дефіцит сурфактанта. Ця проблема набуває особливого значення в зв'язку з необхідністю переходу на міжнародний стандарт надання допомоги новонародженим в терміні гестації не 28, а 22 тижні.

Актуальність проблеми НВ обумовлена не лише медичними наслідками, але і соціальною значимістю (зменшення приросту населення, підвищення дитячої смертності, негативний вплив на фертильну функцію жінки).

Поліетіологічність і труднощі визначення головної причини розвитку патології обумовлюють складності у вивченні проблеми НВ, невирішеність ряду питань стосовно запобігання її наслідків диктують необхідність подальшого пошуку шляхів профілактики та корекції цієї патології.

В методичних рекомендаціях, на основі літературних даних та власних досліджень, запропонована система медичних лікувально-профілактичних заходів, направлена на зменшення частоти передчасних пологів та розвиток синдрому дихальних розладів. Для запобігання передчасних пологів розроблені нові схеми використання медикаментозних засобів. Вперше в методичних рекомендаціях пропонується розпочинати профілактичні заходи на етапі доклінічних проявів гестозу з застосуванням нових схем лікування препаратами вітчизняного виробництва: янтарної кислоти, крталу, кверцетину та профілактика хронічної плацентарної недостатності у вагітних з НВ шляхом застосування ноотропних препаратів та тіотриазоліну. Методичні рекомендації призначені акушерам-гінекологам, неонатологам, лікарям загальної практики.

Основна частина

Невиношування вагітності - це самовільне переривання вагітності в різні терміни вагітності з моменту зачаття до 37 тижня вагітності.

Класифікація НВ

Самовільні викидні: ранні (до 12 тижнів), пізні (від 12 до 22 тижнів).

Клінічні форми самовільних викиднів: загрожуючий, розпочавшийся, аборт в ході, неповний, невідбувшийся, інфікований, звичний викидень.

Переривання вагітності в терміні 22-37 тижнів - це передчасні пологи.

Етіологія та патогенез невиношування вагітності

Причини НВ:

- Біологічні (вік, антропометричні дані, етнічні особливості батьків, генні та хромосомні аномалії)

- Екологічні (несприятливе екологічне довкілля підвищує частоту НВ в 1,7 – 2,2 рази)

- Соціально-економічні та побутові (незадовільні умови проживання та харчування, паління, вживання алкоголю та наркотиків, часті стреси)

- Медико-біологічні: 1) з боку ембріона та плода - генні та хромосомні аномалії; 2) з боку материнського та батьківського організму - генетичні фактори; анатомічні особливості та аномалії геніталій; екстрагенітальні захворювання; нейроендокринні причини; інфекційні та запальні захворювання; імунні порушення; травми (фізичні та психічні); пухлини; 3) ускладнення даної вагітності (довготривала загроза переривання вагітності, пізні гестози, ХПН, мало- та багатоводдя, анемії вагітних, аномалії прикріплення і розвитку плаценти)

- Ідіопатичні причини.

Патогенез НВ.

В дійсний час найбільш частими причинами НВ є інфекційні і ендокринні.

Ендокринний фактор є причиною переривання вагітності у 64-74% випадків, а серед ендокринних причин провідні місця займають гіперандрогенія надниркового і оваріально – надниркового генезу і недостатність лютеїнової фази, а також гіперпролактинемія, порушення функції щитоподібної залози.

Значимість інфекційного фактора як причини НВ в останній час суттєво зросла - на перше місце виходять інфекції групи TORCH. Загроза переривання вагітності і передчасних пологів бувають наслідком запальних процесів статевих органів жінки, що призводить до порушень імплантації плодового яйця, аномалій розташування плаценти, а також накопичення в навколіплдних водах речовин, які запускають процес пологів. Патологічний перебіг вагітності супроводжується гіпоксією плода, яка призводить до змін у проникності мембран, збільшенню гідрофільності тканин, порушенню процесів згортання крові, наслідком чого є розвиток ХПН, порушення мозкового кровообігу і перинатальні ураження нервової системи новонародженого, гіпотрофія і ЗВУР.

Хромосомні порушення відіграють важливу роль в етіології самовільного викидня в ранні терміни вагітності. До 6 тижнів вагітності частота хромосомних порушень складає 70%, в 6-10 тиж. – 45%, до 20 тиж. – 20%.

До анатомічних факторів, які призводять до НВ, відносяться ІЦН, недорозвиток матки при статевому інфантилізмі, аномалії розвитку матки, травматичні ушкодження матки при штучному перериванні вагітності, пухлини.

Ідіопатичні причини – не дивлячись на значну кількість етіологічних моментів НВ, майже в кожному третьому випадку причини передчасного переривання вагітності залишаються невідомими (від 12 до 40%).

Враховуючи поліетіологічність причин НВ, велике значення має якісна організація амбулаторно-поліклінічної і стаціонарної допомоги цій когорті жінок. Оскільки причини НВ виникають ще задовго до розвитку вагітності, очевидно є необхідність обстеження і лікування жінок з цією патологією в анамнезі ще до настання та з моменту настання вагітності.

Обстеження і лікування жінок з НВ в анамнезі до настання вагітності

І. Анамнез. Звертається пильна увага на спадковість, соціально-побутові умови життя в сім'ї, на виробництві, перенесенні захворювання, особливо інфекційні, особливості менструальної та фертильної функції, наслідки та закінчення попередніх вагітностей. Обов'язковим є уточнення застосування жінкою методів контрацепції.

При звичному НВ необхідно уточнити терміни переривання вагітності, які можуть бути критичними при послідовних вагітностях і свідчити про певні

причини НВ. Самовільні викидні до 4 тиж. вагітності свідчать про наявність генетичних причин НВ і необхідність медико-генетичного консультування подружніх пар. Причиною викиднів в терміні 7-8 тиж. частіше всього є ендокринні фактори. При гіперандрогенії завмерла вагітність частіше діагностується в терміні 7-9 тиж, а викидень настає в 10-12 тижнів. Для гіперандрогенії більш характерною є несподівана антенатальна загибель плода в терміні 14-15 тиж. Про ІЦН частіше свідчить переривання вагітності в 2-му триместрі на фоні передчасного виливу навколоплідних вод.

В разі, коли у жінок були вже пологи, необхідно уточнити чи були вони строковими, чи передчасними; чи супроводжувались травматичними ушкодженнями пологових шляхів, що могло призвести до органічної ІЦН. Патологічна крововтрата в пологах може призвести до стертої форми синдрому Шихана. При загибелі плода необхідно уточнити дані патологоанатомічного заключення.

Особливу увагу слід приділити екстрагенітальній патології, лікування якої необхідно проводити сумісно з терапевтами, добиваючись компенсації процесу до настання вагітності.

Таким чином, уважний збір анамнезу, бесіда з пацієнткою вже може націлити лікаря на певні причини розвитку НВ.

II. Загально клінічне та гінекологічне обстеження жінок

При зовнішньому огляді необхідно звертати увагу на масу тіла, зріст, розвиток вторинних статевих ознак, характер і вираженість оволосіння. Так, при гіперандрогенії спостерігається себорея, акне, надмірне оволосіння в так званих ендокринних зонах (підборіддя, навколососкова область, ромб Міхаеліса, задня поверхня стегон, біла лінія живота).

При гінекологічному огляді звертають увагу на будову зовнішніх статевих органів, співвідношення довжини тіла і шийки матки, наявність ознак генітального інфантилізму, аномалій розвитку статевих органів, наявність травматичних змін після пологів і абортів. Оцінюють розміри тіла матки, шийки та яєчників. Так, нормальне співвідношення довжини тіла матки до довжини шийки матки становить 1,5/1,0, а зменшення цього показника свідчить про наявність генітального інфантилізму та гіпоплазію матки. Крім того, розміри яєчників не повинні перебільшувати 1/3 від розмірів матки. Зміна цих критеріїв може свідчити про синдром полікістозних яєчників.

Гінекологічних огляд необхідно проводити з обов'язковим використанням *тестів функціональної діагностики*. БТ відображає гормональний профіль МЦ, а гістоструктура ендометрія у жінок з нормальним овуляторним циклом відповідає фазам МЦ.

При НВ графік БТ слід вести впродовж не менше 2-3 циклів. Найбільш часто у жінок з НВ спостерігається двохфазний МЦ з недостатністю лютеїнової фази. При цьому БТ може бути варіабельною.

За допомогою тестів функціональної діагностики можливо діагностувати гіпофункцію яєчників у 87% жінок з НВ (табл.1).

Таблиця 1. Тести функціональної діагностики впродовж овуляторного МЦ

Показники	Фолікулінова фаза		Овуляція	Лютеїнова фаза	
	4-9 день	10-13 день	14-15 день	16-20 день	21-28 день
Феномен папороті	+	++	+++	+	-
Феномен вічка (см)	0,2	0,2-0,25	0,-0,35	0,2	0,2
Базальна температура	36,6±0,2	36,7±0,2	36,4±0,1	37,1±0,1	37,2±0,2

Проведення звичного бактеріоскопічного і бактеріологічного дослідження вмісту піхво-шийкового каналу дозволяє діагностувати деякі запальні процеси статевих органів.

III. Спеціальне обстеження жінок з НВ.

1. Проведення гормональних досліджень проводиться по фазам МЦ (на 5-7 і на 21-23 добу). Оцінюють рівні гіпофізарних гормонів (ФСГ, ЛГ, пролактин - на 7-8 день МЦ, за показниками – ТТГ, АКТГ), гормонів яєчників та наднирників (естрадіол та прогестерон сироватки крові, екскреція сумарних естрогенів, прегнандіола, 17-кетостероїдів у добовій сечі, а також ДГЕА, дегідроепіандростерона-сульфата)

При обстеженні жінок, що страждають на НВ найчастіше (до 80,7%) виявляється недостатність лютеїнової фази, яка, як правило, має прихований характер. В крові жінок з недостатністю лютеїнової фази спостерігається знижений рівень прогестерона; в деяких випадках може бути короткотривале підвищення прогестерону (до 3-5 днів) до фізіологічного рівня, тоді як в нормі воно триває протягом 10-12 днів.

Гіперандрогенія зустрічається майже у 27-35% жінок, які страждають на НВ. При підозрі на гіперандрогенію проводиться в I фазу МЦ (на 5-7 добу)

функціонально-діагностична проба з дексаметазоном (по 0,5мг кожні 6 годин протягом 3-х діб), що дозволяє виявити наднирковий генез гіпеандрогенії. Для жінок з наднирковою гіперандрогенією характерно зниження рівня 17-кортикостероїдів (на 50% і більше в порівнянні з вихідним) на фоні дексаметазонової проби.

2. УЗД дозволяє з'ясувати вагітність, що не розвивається, аномалії будови внутрішніх статевих органів, пухлини, кісти, визначити розміри внутрішніх статевих органів, виміряти товщину ендометрія. Розміри матки в середньому складають 5,2х3,8х5,1 см, довжина шийки матки – 2-3,5 см, ширина – 1,67 см. Якщо ширина шийки матки більше 1,9 см, можливо припустити наявність ІЦН. Товщина ендометрія при нормальному функціонуванні яєчників на 7 добу МЦ не перевищує 7 мм, а на 25 добу – 15 мм.

3. Проведення гістеросальпінгографії на 20-22 день МЦ дозволяє діагностувати аномалії розвитку матки і прохідність маткових труб, уточнити стан перешийка матки. Якщо на рентгенограмі діагностовано розширення цервікального каналу більше, ніж на 5 мм - це свідчить про наявність ІЦН. Необхідно пам'ятати, що ІЦН буває анатомічною (внаслідок травм шийки матки) і функціональною (частіше за все при недостатності лютеїнової фази і гіперандрогенії).

4. Пертубація і гідротубація здійснюються з метою діагностики анатомічного і функціонального стану маточних труб з 8 по 23 добу МЦ.

5. Для виявлення інфекції, яка не діагностується при звичному бактеріоскопічному дослідженні, проводиться дослідження методами ПЛР і ІФА, причому ІФА дозволяє судити про гостроту інфекційного процесу (гострий, підгострий, хронічний).

6. При звичному НВ, народженні дітей з вродженими вадами розвитку обов'язковим є проведення медико-генетичного консультування і імунологічного обстеження.

При діагностиці патологічних змін необхідно провести корекцію виявлених порушень ще до настання вагітності.

IV. Лікування жінок з НВ до настання вагітності.

1. Оздоровлення жінок з екстрагенітальною патологією, виявлення прихованих форм залізодефіцитних станів, так як їх частота сягає до 80%.

Найбільш оптимальним препаратом для лікування залізодефіцитних станів є препарат актиферин, який містить сульфат заліза (сполука двовалентного заліза, найкраще всмоктується в шлунково-кишковому тракті) та серин (амінокислота, яка створює з двовалентним залізом розчинні комплекси, що активно всмоктуються). Призначається актиферин по 1 капс. 2-3 рази на добу. Після нормалізації показників сироваткового заліза і гемоглобіну лікування необхідно продовжити протягом 8-12 тижнів. Для профілактики гіповітамінозу та нормалізації співвідношення мікроелементів жінкам необхідно застосовувати полівітамінні препарати з мікроелементами такі як Прегна-комплекс Мульти табс та прегнавіт. Їх особливістю є збалансований склад вітамінів та мікроелементів з урахуванням потреб вагітної жінки, наявність природних антиоксидантів.

2. Корекція ендокринної патології:

Лікування недостатності лютеїнової фази проводиться препаратами наступних груп:

- На першому етапі лікування можливо призначення естроген-гестагенних препаратів (моно- і двофазних) не менше 3-х МЦ по контрацептивній схемі.

- Призначаються гестагенні препарати в II фазу МЦ з 16 по 25 день. При цьому перевагу необхідно надавати препаратам натурального прогестерона (утрожестан). Утрожестан (1 капсула – 100 мг) повністю ідентичний ендогенному прогестерону. Мікронізована форма забезпечує максимальну біодоступність як при пероральному, так і інтравагінальному прийомі. Утрожестан має здатність контролювати рівень андрогенів: препарат не тільки не має андрогенної активності, але й регулює рівень андрогенів за рахунок взаємодії з 5 α -редуктазою, що є принциповим при гіперандрогенії у жінки та статевій диференціації плода. Утрожестан не впливає на ліпідний профіль, артеріальний тиск, метаболізм вуглеводів, що має велике значення при лікуванні жінок з екстрагенітальною патологією. Препарат має виражену антиальдостеронову дію, що дозволяє не викликати затримку рідини в організмі, мати регулюючий вплив на водно-електролітний обмін, що виявляється в його м'якому діуретичному ефекті. Основні метаболіти утрожестана повністю ідентичні метаболітам ендогенного прогестерона, через що він не має негативних системних ефектів, які притаманні синтетичним

прогестинам. Утрожестан призначається по 200-300 мг/добу інтравагінально або перорально у II фазу МЦ 10-14 діб. Після прийому утрожестана можливо настання вагітності, при цьому прийом препарату продовжується.

• Якщо недостатність лютеїнової фази супроводжується порушенням фолікулогенезу в I фазу МЦ призначаються естрогени з послідуючим призначенням гестагенів. Мікрофолін призначається з 5 дня МЦ по 0,05 мг на добу (1 табл.) до 17-18 дня МЦ. З 17 по 26-27 день МЦ призначається утрожестан. Можливе призначення 17- β -естрадіола (естрожель). При аплікації 2,5 мг геля (1,5 мг 17- β -естрадіола) гормон переходить через шкіру, більша частина його при цьому поступає в системний кровоток, а інша - депонується в підшкірній жировій клітковині, при цьому рівень 17- β -естрадіола в плазмі крові становить 80 пг/мл, що відповідає нормальному співвідношенню естрон/естрадіол у жінок репродуктивного віку. Гель призначається циклами 1 раз на добу. Доза визначається індивідуально в залежності від загальної продукції естрогенів. Подальше призначення гестагенів таке ж.

• При ановуляторних циклах призначаються стимулятори овуляції – кломіфена цитрат – з 5-го дня МЦ в дозі 50 мг на добу протягом 5 днів. Критерієм ефективності стимуляції овуляції є гіпертермічна БТ протягом 12-14 днів II фази МЦ, а також УЗД-ознаки овуляції: на 13-15 день циклу наявність домінантного фолікула не менше 18мм, товщина ендометрія – не менше 8-10 мм. При відсутності овуляції в послідуючому МЦ разом з призначенням кломіфена і наявності УЗД ознак (є хоча б один фолікул розміром не менше 17мм по максимальному розміру) рекомендується додатково внутрішньом'язово ввести овуляторну дозу ХГ 7500-10000 МЕ (профазі, прегніл), після чого овуляція настає через 36-24 годин. Якщо спостерігається одночасне дозрівання декількох фолікулів, від введення ХГ необхідно утриматися, щоб уникнути гіперстимуляції яєчників.

При гіперандрогенії надниркового генезу лікування проводиться глюкокортикоїдними препаратами і такими гормональними контрацептивами як діане-35. Також проводиться гормональна корекція по фазам МЦ з урахуванням рівня естрадіола та прогестерона. При настанні вагітності прийом дексаметазона необхідно продовжувати під контролем рівня 17-кортикостероїдів та ДГЕА, ДГЕА-С в індивідуально підібраних дозах, але не перевищуючи 0,5 мг на добу.

Дексаметазон призначається в залежності від рівня 17-кортикостероїдів протягом не менше 3-х менструальних циклів у дозі:

Рівень 17-кортикостероїдів, мг/добу	Дози дексаметазона
до 15	¼ табл. (0,125 мг)
до 25	½ табл. (0,25 мг)
25 і більше	¾ табл. (0,375 мг)

На фоні лікування рівень 17-кортикостероїдів не повинен перевищувати верхньої межі норми, яка складає 12 мг/добу (в добовій сечі). Необхідно пам'ятати, що при гіперандрогенії надниркового генезу не можна призначати синтетичні гестагени, що мають андрогенний вплив і гормональні контрацептиви з їх вмістом, так як це призведе до підвищення рівню андрогенів. Прийом дексаметазона необхідно продовжити при вагітності в індивідуально підібраних дозах, але не перевищуючи 0,5 мг на добу.

В разі відсутності настання вагітності протягом 2-3 циклів проводять індукцію овуляції клостильбегітом або кломіфеном у дозі 50-100 мг з 5 по 9 день циклу на фоні прийому дексаметазона.

Гіперандрогенія оваріального генезу потребує більш тривалого лікування. На першому етапі лікування рекомендується прийом оральних контрацептивів з антиандрогенною дією, таких як діане-35, жанін, які призначаються по контрацептивній схемі протягом 3-6 місяців.

З метою лікування гірсутизму і посилення дії антиандрогенного ефекту діане-35 призначається препарат андрокур по 25-50 мг з 5 по 15 день циклу, тривалість лікування не менше 6 місяців. Також можна призначати верошпірон по 100-200 мг на добу з 5-25 день МЦ в поєднанні з діане-35 - не менш 6 циклів. В комплексну терапію можуть включатися нестероїдні антиандрогени: фінастерід – по 1 табл. на добу протягом 3-6 міс. або флутамід – по 250 мг 1-2 рази на день.

Другий етап лікування гіперандрогенії оваріального генезу розпочинають з призначення гестагенів у II фазу МЦ, віддаючи перевагу утрожестану, як препарату, що здібний регулювати рівень андрогенів. Утрожестан призначають по 200-300 мг на добу з 16-17 дня циклу не менше 10 днів 2-3 цикли під контролем базальної температури. Також призначають дексаметазон в дозі 0,5 мг на добу в I фазу МЦ до нормалізації рівня 17 кортикостероїдів. При настанні вагітності прийом утрожестана та дексаметазона продовжують.

Якщо після зазначеного лікування вагітність не настала, проводять індукцію овуляції кломіфеном, клостильбегітом в дозі 50-100 мг на 5-9 день МЦ під контролем фолікулогенезу. При досягненні фолікулом розмірів 18-20 мм, можливе введення ХГ у дозі 5000-10000 МЕ.

Патологічна гіперпролактинемія (ГПРЛ) пов'язана частіше всього з анатомічними і функціональними порушеннями в системі гіпоталамус-гіпофіз. Основними причинами розвитку функціональної ГПРЛ є дисфункція дофамінергічних структур гіпоталамуса і зменшення утворення дофаміна (інгібітора пролактину); гіпотіреоз; застосування лікарських засобів (психотропних, нейролептиків, контрацептивів та ін.). Патологічна ГПРЛ (органічного генезу) обумовлена пухлиною гіпофіза. Для підготовки до вагітності проводиться терапія парлоделом, бромокриптіном, достінексом в індивідуально підібраних дозах до нормалізації рівня пролактину.

3. Лікування інфекційних причин НВ.

Для профілактики інфекційних ускладнень у матері і плода необхідно проводити санацію вогнищ хронічного запалення. Для санації носоглотки жінки та її чоловіка зручно застосовувати препарат ізофра – по 1 вприскуванню у кожний носовий хід 4-6 разів на добу, тривалість лікування – не більше 7 днів. Препарат можна використовувати і при вагітності.

Інфекції групи TORCH призводять до зміни імунореактивності організму, порушення продукції інтерферона. Одним з найбільш ефективних засобів, що має одночасно виражену протівірусну активність, пригнічуючи віруспецифічні ферменти тімідинкіназу та ДНК-полімеразу, та здатність до індукції ендогенних інтерферонів, є вітчизняний препарат Протефлазід. Він має антиоксидантну властивість та активуючий вплив на функції тканинних макрофагів, активує елімінацію внутрішньоклітинних мікроорганізмів. Протефлазід застосовується у дорослих, вагітних та дітей при лікуванні як вірусних інфекцій (герпес, цитомегалія), так і внутрішньоклітинних збудників (хламідії, токсоплазми) в комплексній терапії при гострій та при хронічній інфекції. Протефлазід застосовується по схемі: 1-й тиждень – по 5 крап. тричі на добу, 2-3 тиждень – по 10 крап. тричі на добу, 4 тиждень – по 8 крап. тричі на добу. При хронічній інфекції рекомендується проводити 2-3 курси терапії.

При лікуванні запальних процесів сечостатевої системи у жінок найбільш переважними для застосування є антибактеріальні препарати такі як монурал.

Монурал (фосфаміціна торметамол) - активне похідне фосфаміціна для прийому всередину, завдяки своїм біологічним властивостям є високоефективним відносно грамнегативних та грампозитивних бактерій, які продукують β -лактамазу. Призначається одноразово у дозі 3г. Для лікування змішаної інфекції сечостатевої сфери перевага надається препаратам, які поєднують у собі властивості різнопланової дії, такі як тифлокс-Авант (1 табл. містить 500 мг орнідазола і 200 мг офлоксацина). Тифлокс призначається по 1 табл. 2 рази на добу протягом 7-10 днів. Необхідно зазначити, що після застосування антибактеріальних препаратів необхідно призначати пробіотики, а вагітність рекомендувати планувати через 5-6 місяців.

Для місцевого лікування вагінітів доцільно використовувати препарати комплексної дії, що впливають на аероби, анаероби, гарднерели, трихомонади та гриби, так як особливістю сучасних вульвовагінітів є те, що вони найчастіше спричиняються мікст-інфекцією. До таких препаратів належить тержинан (по 1 вагінальний табл. протягом 10 днів). Препарат не пригнічує діяльність лактобацил, і є препаратом вибору при вагітності.

4. При анатомічних причинах НВ проводяться органозберігаючі операції, хірургічна корекція органічної ПЦН, руйнування внутрішньоматкових сінехій за допомогою гістероскопа.

Обстеження і лікування вагітних жінок з НВ

При вагітності, яка наступила, та наявності ризику НВ необхідно окрім вище перерахованих методів дослідження проведення наступного обстеження:

1. Контроль БТ протягом перших 12 тижнів вагітності. Зниження температури нижче 37° вказує на загрозу переривання вагітності.

2. Дослідження цитологічної картини піхвових мазків. В нормі при терміні вагітності до 39 тижнів каріопікнотичний індекс не перевищує 5%, а при загрозі НВ він підвищується.

3. Бактеріологічне дослідження піхвових мазків, проведення ПЛР та ІФА.

4. УЗД – вимірюється величина матки, плодового яйця, довжина шийки матки, наявність серцебиття плода. Необхідно пам'ятати, що до 8 тижнів вагітності проведення УЗД не рекомендується, а наявність загрози НВ слід контролювати по зниженню БТ.

5. Гормональне обстеження:

- Рівень ХГ – максимальний рівень спостерігається в 8 тижнів вагітності. Вимірювання терміну піка ХГ чи його відсутність свідчить про порушення функції клітин трофобласта та жовтого тіла яєчника.

- Рівень плацентарного лактогена: зниження вмісту в 2 рази в порівнянні з нормою приводить до переривання вагітності.

- Рівень 17 кортикостероїдів і ДГЕА. У вагітних показники 17 кортикостероїдів мають наступні значення: I триместр – до 10 мг/добу, II - 12 мг/добу, III - 13,5 мг/добу. При гіперандрогенії дослідження 17 кортикостероїдів необхідно проводити у наступні терміни вагітності: в 7-8 тиж., в 11 тиж., в 24-28 тиж. Найчастіше за все клініка загрози переривання вагітності при гіперандрогенії має свої прояви в 9 тиж. вагітності. У 50% вагітних з гіперандрогенією діагностується функціональна ПЦН, яку можна виявити як при гінекологічному огляді, так і при УЗД (довжина шийки матки при наповненому сечовому міхурі в нормі не менше 3см).

Клініка загрози переривання вагітності

Вагітна жінка знаходиться у стані стресу, її турбує тривога, порушення сну, часте випорожнення сечового міхура, болі у попереку та внизу живота, які можуть бути тягучого та переймистого характеру. Можуть з'явитися кров'яністі виділення з піхви. При гінекологічному обстеженні виявляється пом'якшення та скорочення шийки матки, відкриття зовнішнього вічка, біль та збудливість матки.

Лікування загрози переривання вагітності

При заазрозі переривання вагітності в 2-4 тиж. лікування не проводиться, так як основною причиною НВ в ці терміни є генетичні фактори.

Невідкладна допомога при заазрозі переривання вагітності в любому терміні полягає у наступному:

1. Фізичний і сексуальний спокій;

2. Психотерапія, седативні засоби (від настоянки кропиви собачої серцевої чи валеріани до сибазона по 0,005 г 2 рази на добу, тазепама – 0,01 г 2 рази на добу). Обов'язковим є забезпечення повноцінного сну.

3. Спазмолітики і спазмоанальгетики для зниження тонусу і скоротливої діяльності матки: папаверина гідрохлорид в табл. по 0,04г 2-3 рази на добу, або в свічках по 0,02г 3-4 рази на добу; баралгін 2-5 мл в/м 2 р/добу або 1 табл 3

р/добу; но-шпа – по 0,04 г 2-3 р/добу перорально чи по 2-4 мл 2% розчину в/м 2-3 р/добу; метацин 0,1% розчину 1 мл в/м; сірчанокисла магнезія – 25% розчину по 10 мл на 200 мл фіз. розчину в/в крап. 1-2 р/добу з послідуочим переходом на в/м введення на новокаїні. Слід пам'ятати, що до 12 тиж. вагітності призначення препаратів магнію не рекомендується.

4. Немедикаментозні засоби: голкорексфлексотерапія, електрофорез магнію синусоїдальним модульованим током, електрорелаксація матки перемінним синусоїдальним током в діапазоні частот 50-500 Гц, з силою тока до 10 мА.

Після визначення гормонального статусу проводять корекцію виявлених порушень:

1. При гіперандрогенії дексаметазон призначається в залежності від рівня 17-КС (табл.), синтетичні прогестагени не показані. Глюкокортикоїди можна призначати до 32 тиж. вагітності.

2. При кров'янистих виділеннях зі статевих шляхів в I триместрі до 8-9 тиж. вагітності необхідно застосовувати мікрофолін по 1/4-1/2 табл. не більше 10 днів з послідуочим переходом на гестагени з 8-9 тиж. вагітності. Можна призначати естродіола діпропіонат з послідуочим переходом на мікрофолін, а також вікасол по 0,015г 3 рази на добу; діцинон 0,25г 3 рази на добу 3 дні.

3. При дефіциті прогестерона, відсутності жовтого тіла (оперативне видалення в ранні терміни вагітності), в разі, коли стимуляція ендогенної продукції прогестерону жовтим тілом не можлива, перевага надається його препаратам: прогестерон 1 мл 1% розчину в/м не більше 10 діб. Також використовують утрожестан, який застосовується з моменту встановлення діагнозу вагітності по 2-4 капсули вагінально, щоденно в 2 прийоми до ліквідації симптомів загрози переривання вагітності. Можливо поєднання вагінального і перорального прийому препарата, так як при пероральному застосуванні у дозі 200 мг ввечері утрожестан має анксіолітичну та седативну дію, зменшуючи тривожність. В зв'язку з тим, що прогестерон активує окситоциназу, має антагоністичну дію на стимуляцію $\text{PGF}_{2\alpha}$, модифікує ультраструктурну організацію міометрія шляхом пригнічення утворення міжклітинних з'єднань, утрожестан використовується і як токолітик: в першу добу – 400 мг одноразово перорально, потім 200-300 мг кожні 8 годин до зникнення симптомів. Підтримуюча доза - 200мг/добу може бути застосована до 37 тижня вагітності при необхідності.

4. При наявності жовтого тіла та недостатності лютеїнової фази можливе призначення ХГ, оскільки він стимулює синтез ендogenousного прогестерона жовтим тілом і трофобластом. В ранні терміни вагітності початкова доза ХГ 5000 – 10000 МЕ в/м однократно (не пізніше 8 тижнів вагітності), далі по 5000 МЕ 2 рази на тиждень до 14 тижнів вагітності включно.

5. При виявленні ПЦН проводиться її хірургічна корекція в II-III триместрах вагітності (оптимально в 14-18 тижнів вагітності). Операція протипоказана при наявності тих соматичних захворювань, при яких вагітність протипоказана; при діагностиці вроджених вад розвитку; при вагітності, яка ускладнилась кровотечею; підвищеної збудливості матки, яка не піддається медикаментозній терапії, III-IV ступені чистоти піхви. В післяопераційному періоді призначають седативні препарати, спазмоаналгетики, токолітики.

8. З II триместра вагітності з метою зниження скоротливої активності матки показано призначення β-адреноміметиків (партусистен, сальбутамол, гініпрал та ін.).

Зазвичай гініпрал вводять розчином в 500 мл 5% розчину глюкози. Доза гініпрала залежить від клінічних проявів і коливається від 25 мг до 100 мг (1 мл ампулярного розчину містить 5 мг препарату). При розпочавшихся передчасних пологах інфузію розпочинають з повільного струнного введення β-адреноміметика 10 мг гініпрала. Потім переходять на в/в крап. введення, швидкість якого складає до 0,3 мг/хв. Перед початком токолізу необхідно призначити препарати калію і антагоністи кальцію (лекоптин, фіноптин) по 1 табл. 3 р/добу для профілактики порушень серцевого ритму. Повністю відмовляються від в/в інфузій в разі, коли протягом 1-2 діб скорочень матки не зареєстровано. Таблетовані форми β-адреноміметика дають ефект через 30 хв. після прийому, їх призначають з інтервалом 4-6 год (до 8 табл./добу). При токолізі необхідно регулювати дозу препарату в кожному випадку окремо, з обов'язковим контролем ЧСС матері і плода. Лікування β-адреноміметиками можна проводити тривало – до 2-х місяців. Тривале використання β-адреноміметиків може призвести до виснаження рецепторів прогестерона. Тому на фоні прийому β-адреноміметиків доцільно проведення гормональної підтримки препаратами прогестерона - утрожестан 200 мг/добу перорально. Слід пам'ятати, що β-адреноміметики протипоказані при порушеннях

серцевого ритму, серцевій недостатності, вадах серця, тяжкій патології печінки та нирок, гіпертиреозі, глаукомі, генітальних кровотечах і внутрішньоматковій інфекції.

9. У випадках, коли загроза переривання вагітності проявляється підвищеним тонусом матки, а шийка матки збережена – використовуються інгібітори синтезу простагландинів (індометацин). В разі коли має місце укорочення чи згладження шийки матки індометацин менш ефективний, ніж β -адреноміметики. Гальмування скоротливої діяльності матки при призначенні індометацину настає через 2-3 години після його прийому, а повна нормалізація тонуса матки – через 3-4 дні. Індометацин призначається в табл. або свічках: в 1-у добу – по 50 мг 4 рази в табл (в свічках – 100 мг 2 рази), на 2-3 добу – по 50 мг через 8 год., на 4-6 добу – по 50 мг через 12 год., на 7-8 добу – по 50 мг наніч. Загальна доза препарату не повинна перевищувати 1000 мг. Тривалість курсу лікування 5-9 днів. Протипоказані інгібітори простагландинів при шлунково-кишкових захворюваннях, бронхіальній астмі.

Лікування прегестозу проводиться з застосуванням вітамінів та мікроелементів для вагітних (прегна-комплекс Мульгітабс, прегнавіт), препарату янтарної кислоти янтарин – детокс, до складу якого входить янтарна кислота, нікотинамід, пантотенат кальцію та глюкоза. Застосовується янтарин – детокс по 1 капс. 2 рази в день, кратал по 1 табл. 2 рази на добу, кверцетин з яблучним пектином по 1 граму 2 рази на добу протягом 2 тижнів.

Профілактика плацентарної недостатності проводиться в термінах вагітності 8-12, 16-20, 24-28 або 30-32 тижні вагітності. Для лікування ХПН в комплексній терапії слід застосовувати препарати пірацетам по 0,4 г тричі на добу та тіотриазолін по 0,1 г тричі на добу. Обґрунтованим є призначення препарату Хофітол, який містить кафеолові та хінні кислоти, інуліни, ферменти, вітаміни (С, А, В₁, В₂) та мікроелементи (залізо, фосфор, марганець та ін.). Хофітол нормалізує клубочкову фільтрацію в нирках, володіє м'яким калійзберігаючим діуретичним ефектом, посилює виведення продуктів азотистого обміну (сечовини і креатинину), нормалізує проникність судинної стінки. Як гепатопротектор Хофітол має дію на ензимну систему печінки та посилює відтік жовчі, збільшує синтез альбумінів у печінці, як антиоксидант – стабілізує клітинні мембрани, активує дихальні ферменти. Хофітол призначається по 2 табл. 3 рази на добу 3-4 тижні.

Діагностика та лікування порушень в системі гемостазу. У жінок зі звичним НВ в I триместрі необхідно повести обстеження для виключення порушень в системі гемостазу. Всім пацієнткам, у яких виявлені плазмові і тромбоцитарні порушення системи гемостазу, проводиться терапія низькими дозами аспіріна (81 мг/добу) починаючи до зачаття. Терапія аспіріном розпочинається: одразу після встановлення діагнозу звичного НВ; при встановленні сироватко-тромбоцитарних дефектів гемостазу, які підвищують ризик тромбоза; при підготовці до вагітності. Терапія аспіріном продовжується протягом всієї вагітності (за умов контролю системи гемостазу).

Антифосфоліпідний синдром (АФС) – найчастіша форма тромбофілії, який призводить до звичного НВ. Лікування АФС необхідно проводити під час вагітності, а також при підготовці жінки до вагітності: 1) контроль гемостазіограми; 2) антиагреганти: аспірін до 100 мг/добу, діпірідамол 25 мг/добу, реополіглюкін; 3) антикоагулянти прямої дії (перевагу слід надавати низькомолекулярним гепаринам).

Клініка і діагностика передчасних пологів

Доцільно розрізняти загрожуючі та передчасні пологи, які розпочалися.

Загрожуючі передчасні пологи характеризуються: болями внизу живота і попереку; збудливістю і підвищеним тонусом матки; при піхвовому дослідженні шийка матки збережена; зовнішнє вічко закрите; у повторнородячих шийка матки пропускає 1 палець.

Передчасні пологи, що розпочалися, діагностують по: переймистих болях внизу живота за умов, що перейми виникають частіше, ніж через 10 хв., а тривалість їх більше 30 сек.; шийка матки при цьому різко скорочена чи згладжена; розкриття маткового вічка – понад 1 см; передлежача частина розташована низько чи прижата до входу в малий таз; мають місце сукровичні виділення з піхви.

Передчасні пологи характеризуються частими акушерськими ускладненнями: передчасним відходженням навколоплідних вод; неправильним розташуванням плода; тазовим передлежанням плода; передлежанням і низьким прикріпленням плаценти; передчасним відшаруванням нормально розташованої плаценти; післяпологовою кровотечею. В пологах відмічається дискоординована пологова діяльність; швидкий розвиток пологової діяльності, що погіршує тяжкість стану плода.

При нормальній тривалості передчасних пологів спостерігається тенденція до збільшення швидкості розкриття шийки матки, яка в латентній фазі складає 0,8 см/год., а в активній фазі – 3,5 см/год. Характерною рисою передчасних пологів є монотонність ритму переймів і подовження їх в активній фазі.

Лікування загрожуючих передчасних пологів

В комплексі лікувальних і профілактичних заходів передчасних пологів важливе значення мають: ліжковий режим та седативна терапія; спазмолітичні препарати; лікарські засоби, які знижують тонус та скоротливу діяльність матки: розчин магнія сульфата, метацин; інгібітори простагландинів; β -адреноміметики, утрожестан. Основні принципи призначення цих препаратів висвітлені вище.

Профілактика синдрому дихальних розладів у новонародженого

Невід'ємною частиною терапії загрози передчасних пологів є профілактика синдрому дихальних розладів у новонародженого, який розвивається більше, ніж у 50% дітей, народжених до 32 тижнів вагітності. Профілактика СДР проводиться в термінах гестації 24-34 тижні. Після 34 тижня вагітності легені плода мають вже достатню кількість сурфактанту і необхідності в профілактиці СДР майже немає. Після 34 тижня вагітності профілактика СДР проводиться лише при: цукровому діабеті у матері; гіпотонії; патології наднирників і щитоподібної залози у матері; при планованому кесарському розтині; багатоплідній вагітності; передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти; ізосерологічній несумісності матері і плода.

Для профілактики СДР використовуються наступні препарати:

1. Глюкокортикоїди: 24 мг дексаметазона по 6 мг 2 рази на добу в/м протягом 2 днів; бетаметазон по 12 мг в/м 2 рази на добу. Призначення глюкокортикоїдів з метою прискорення дозрівання легень плода має сенс, якщо терапія, що направлена на збереження вагітності, не дає стабільного ефекту і через 2-3 доби наступають передчасні пологи. Так як не завжди вдається передбачити успіх токолітичної терапії, глюкокортикоїди призначаються всім вагітним, яким вводять токолітики.

Протипоказання для введення глюкокортикоїдів: виразкова хвороба; ендокардит; недостатність кровообігу III ст.; активна форма туберкульозу; тяжкі форми цукрового діабету; остеопороз; тяжкі форми пізнього гестозу; високі дози токолітиків; інфекції амніотичної рідини.

При застосуванні поєднаної терапії β -адреноміметиками і ГК має місце в окремих випадках розвиток легенево-серцевої недостатності з набряком легень, що потребує пильного контролю за станом вагітної.

2. Лазолван (амброксол) – 2 мл розчину містить 15 мг амброксола гідрохлорида. Лазолван відноситься до муколітичних препаратів, є метаболітом бромгесина і дає більш виражений відхаркуючий ефект. Фармакологічна дія лазолвана полягає у його особливості різко збільшувати вміст сурфактанту в легенях, блокуванні розпаду і посиленні синтезу і секреції сурфактанту в альвеолах.

Лазолван стимулює активність гідролізуючих ферментів, в 5 разів знижує в'язкість мокротиння, володіє протизапальною та імунomodуючою дією, посилює дію війчастого епітелію, поліпшує вентиляцію легень, підтримує процес внутрішньоутробного дозрівання легеневої тканини.

Показання для призначення лазолвана: 1) при загрозі передчасних пологів у терміні гестації 28-34 тижні; 2) при передчасному розродженні в 28-34 тижні вагітності при ургентній ситуації та загрозі стану матері та плода; 3) при незрілій легеневій тканині до 36 тижнів вагітності; 4) при передчасному розриві плодового міхура, в разі можливості пролонгації терміну вагітності; 5) при передчасних пологах, які розпочалися; 6) при передчасному відшаруванні нормально розташованої плаценти; 7) при аспіраційному синдромі або внутрішньоутробній пневмонії; 8) СДР у недоношених новонароджених.

Лазолван вводиться в/в крап. протягом 4 год. в дозі 800-1000 мг/добу в 500 мл фізрозчину 1 раз в день 3-5 днів. Швидкість інфузії до 42 крап./хв. Чим менший термін гестації, тим вагомішою є очікувальна тактика, так як при збільшенні безводного проміжку спостерігається прискорення дозрівання сурфактанту легень плода і зменшення відсотку СДР; у випадках, коли немає можливості пролонгувати вагітність, необхідно використовувати сурфактант. За даними літератури лазолван практично не має протипоказань. Відносними протипоказаннями є виразкова хвороба шлунка та 12-палої кишки; підвищена чутливість до амброксолу чи його компонентів.

3. Можливе застосування суфіліна при наявності у вагітної гіпертензивного синдрому – 2,4% розчин по 10 мл в/в в 10 мл 20% розчину глюкози 1 раз добу протягом 3-х днів. Ефективність даного методу не висока, а за даними деяких

авторів застосування матір'ю еуфіліна збільшує ризик внутрішньошлуночкових крововиливів у недоношених дітей.

Принципи ведення передчасних пологів

Вибір тактики ведення передчасних пологів залежить від акушерської ситуації:

Передчасне відходження навколоплідних вод спостерігається у 38-51% жінок з передчасними пологами. При цьому можливість інфікування плода вища, ніж у матері у зв'язку з незрілими механізмами його захисту. У дійсний час в такій ситуації притримуються очікувальної тактики, так як при збільшенні безводного проміжку спостерігається прискорене дозрівання легень плода і зниження частоти гіалінових мембран у новонародженого.

Ведення пологів при передчасному відходженні навколоплідних вод:

1. Госпіталізація в палату, що проходить санобробку аналогічно палаті пологового відділення.

2. Щоденна зміна білизни, зміна стерильних прокладок 3-4 рази на добу.

3. Ліжковий режим, повноцінне харчування.

4. Контроль за станом матері і плода: вимірювання околу живота і висоти стояння дна матки, контроль кількості навколоплідних вод, що відтікають, вимірювання пульсу, тиску, температури тіла, ЧСС плода кожні 4 години, визначення кількості лейкоцитів кожні 12 год., при зростаючому лейкоцитозі – аналіз лейкоцитарної формули, баквисів з цервікального каналу і мазки кожні 5 днів.

5. Профілактика СДР. Використання глюкокортикоїдів для профілактики СДР при передчасному відходженні навколоплідних вод може посилити загрозу інфекційних ускладнень у матері і плода. У зв'язку з цим для профілактики СДР перевагу слід надавати препаратам аброксола – лазолвану по загальноприйнятій схемі.

6. Токолітична терапія може проводитись протягом 48-72 годин лише з метою профілактики СДР, а після її проведення токолітики відміняються. У випадку розвитку пологової діяльності вона більше не пригнічується.

7. Антибіотики (монурал по загальноприйнятій схемі) показані вагітним з групи ризику інфекційних ускладнень: жінки, які тривалий час приймали глюкокортикоїди, при ІЦН, вагітні з анемією, пієлонефритом та іншими

інфекціями, а також пацієнтки, яким проводили декілька разів піхвові дослідження навіть за умов відсутності ознак інфікування.

Протипоказання для консервативно-очікувальної тактики ведення передчасних пологів при передчасному відходженні навколоплідних вод:

1. Абсолютні: поперечне, косе положення плода, ножне передлежання плода; наявність явних ознак інфекції; патологія прикріплення плаценти; термін вагітності 36 тиж. і більше.

2. Відносні: термін вагітності 36 тиж; наявність у вагітної екстрагенітальної патології, гестозу, двійні; лейкоцитоз у матері зі зсувом лейкоформули вліво при нормальній температурі тіла.

Ведення швидких передчасних пологів. Корекція порушень скоротливої діяльності матки при швидких пологах здійснюється шляхом в/в крап. введення β -адреноміметиків. Використання токолітичних препаратів при швидких пологах є основою профілактики травматизації недоношеного плода. Для цього 0,5 мг партусистена розчиняють в 250-300 мл фізіологічного розчину і вводять спочатку зі швидкістю 10 крап/хв. В середньому через 10-15 хв. частота перейм нормалізується (3-4 перейми за 10 хв.). Якщо цієї дози недостатньо, партусистен вводять швидше – до 40 крап/хв., доки не встановиться зазначена частота перейм. Токоліз продовжується 2-3 години. Його необхідно припинити при відкритті шийки матки 8-9 см (за 30-40 хв. до пологів).

Слабкість пологової діяльності при швидких передчасних пологах. На відміну від лікування слабкості пологової діяльності при своєчасних пологах, коли пологостимуляцію проводять, як правило, до закінчення пологів, при передчасних пологах необхідний більш щадний підхід. Для цього введення утеротонічних препаратів продовжується близько 1-2 годин до нормалізації скоротливої діяльності матки, потім система приєднується до флакону з фізрозчином без утеротонічних препаратів. Якщо регулярна пологова діяльність продовжується, утеротонічну суміш використовують для профілактики кровотечі в послідовому і післяпологовому періоді. В разі, коли пологова діяльність ослабла, знову продовжують введення утеротонічних препаратів в такій дозі, щоб параметри були в рамках, характерних для неускладнених пологів (3-4 перейми за 10 хв.).

Кесарський розтин при передчасних пологах. В дійсний час кесарський розтин до 34 тижнів гестації проводиться за життєвими показаннями з боку матері. В інтересах плода в ці терміни гестації може бути поставлене питання

про проведення операції при ускладненому перебігу пологів в тазовому передлежанні, при поперечному, косому положенні плода у жінок з непліддям і звичним невиношуванням при наявності в пологовому будинку реанімаційно-інтенсивної неонатальної служби.

Ведення передчасних пологів при тазовому передлежанні. Ручну допомогу необхідно оказувати дуже бережно, використовуючи класичні прийоми. Метод Цов'янова при чисто ягодичному передлежанні у глибоко недоношених дітей застосовувати не слід у зв'язку з великою ранимістю недоношеної дитини.

Загальні принципи ведення передчасних пологів

При веденні передчасних пологів необхідно приділяти увагу:

- інтранатальній охороні плода, регулярно здійснювати профілактику внутрішньоутробної гіпоксії плода;
- забезпеченню адекватного знеболювання шляхом тривалої перидуральної анестезії; пологи ведуться сумісно з анестезіологом, можливе також застосування спазмоаналгетиків. Промедол через його несприятливий вплив на дихальний центр плода використовувати при передчасних пологах недоцільно;
- для зменшення родового травматизму в період вигнання допомога здійснюється без захисту промежини; застосовується пудендальна анестезія 0,25% новокаїном; перінео- або епізіотомія;
- приймати новонародженого необхідно на рівні промежини матері; не слід піднімати чи опускати нижче рівня матки, щоб запобігти розвитку гіпер- або гіповолемії у новонародженого, що може викликати порушення його серцевої діяльності, дотримуватися принципу теплового ланцюжка, так як навіть короткотривале охолодження веде до руйнування сурфактанту;
- профілактика дистресу плода;
- за показаннями – своєчасна і ефективна реанімація новонародженого у пологовому залі.

Висновок

Впровадження розробленої системи медичних заходів профілактики, діагностики, лікування невиношування вагітності та синдрому дихальних розладів у новонародженого в роботу установ акушерського профілю дозволяє на 35% знизити частоту передчасних пологів, та на 42% - синдрому дихальних розладів. Це свідчить про високу ефективність застосування розробленої системи медичних заходів.

Перелік рекомендованої літератури

1. Вдовиченко Ю.П., Ткаченко А.В. Прогнозування та корекція фетоплацентарної недостатності у вагітних зі звичним невиношуванням в анамнезі // Педіатрія, акушерство та гінекологія.-2002.-№ 2.-С.78-85.
2. Венцківський Б.М., Костюк А.Л., Белов О.О. Прогнозування невиношування вагітності шляхом комплексної оцінки соматотипологічного та психологічного статусу вагітної // ПАГ.-2001.-№ 6.-С.70-72.
3. Коломийцева А.Г. Поздние гестозы беременных // Вісн. асоціації акушерів-гінекологів України.-1999.-№ 3.-С.79-89.
4. Маркін Л.Б., Медведєва О.С. Технологія допомоги при затримці розвитку плода // Педіатрія, акушерство та гінекологія.-2004.-№ 1.-С.116-120.
5. Неотложные состояния в акушерстве и гинекологии // Под ред. Степанковской Г.К., Венцковского Б.М. -К.: Здоров'я, 2000.-672с.
6. Резніченко Ю.Г., Резніченко Г.І. Хронічна плацентарна недостатність.-3.: ВПК "Запоріжжя", 2000.-144с.
7. Чайка В.К., Демина Т.Н., Невынашивание беременности: проблемы и тактика лечения.-Севастополь: «Вебер», 2003.-261с.
8. Шунько Є.Є., Кончаковська Т.В. Респіраторний дистрес-синдром новонароджених: проблеми та перспективи профілактики і лікування з позицій доказової медицини // Мистецтво лікування.-2005.-№ 2.-С.50-53.